

ESTADO DE ALABAMA - ASISTENCIA ALIMENTICIA  
SOLICITUD SIMPLIFICADA PARA PERSONAS DE LA TERCERA EDAD

Número de caso _____
Fecha de la solicitud _____
Condado _____

¿Necesita ayuda para llenar esta solicitud debido a su discapacidad? ¿Necesita un intérprete? ¿Necesita materiales traducidos? Si contestó que sí, solicite ayuda en la Oficina de Asistencia Alimenticia de su localidad. Las personas sordas, con problemas auditivos o con discapacidades del habla pueden llamar al 1-833-822-2202 usando el Servicio de Retransmisión de Alabama al 711 o al 1-800-548-2546 (TTY) para recibir ayuda para comunicarse con la Oficina de Asistencia Alimenticia de su localidad.

Esta solicitud es para personas que solicitan Asistencia Alimenticia cuando:

- Todas las personas en el hogar de Asistencia Alimenticia tienen 60 años de edad o más; o
- Todas los miembros del hogar tienen 60 años de edad o más y compran y preparan sus alimentos de manera separada de las otras personas en el hogar; y
- Ningún miembro del hogar de Asistencia Alimenticia recibe ingresos por trabajo.

Puede presentar esta solicitud llenando por lo menos su nombre y domicilio y firmando el formulario. Si necesita ayuda para llenar esta solicitud, llame sin costo al 1-800-438-2958. Para conseguir la dirección o el número de teléfono de la oficina de su localidad, llame a la línea sin costo 1-833-822-2202 o visite el sitio de internet [www.dhr.alabama.gov](http://www.dhr.alabama.gov).

Díganos quién es y dónde vive.

Su nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_  
(Nombre, segundo nombre, apellido)

Dirección postal \_\_\_\_\_ Domicilio (si es diferente) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Número telefónico o para mensajes \_\_\_\_\_ (Debemos poder llamarle a este número de L-V, de 8 a 5)

**SERVICIO ACELERADO**

Si aún no está certificado para recibir asistencia alimenticia este mes, es posible que pueda recibir asistencia alimenticia en menos de 7 días si en su hogar tienen poco o nada de dinero. Si quiere ver si califica para servicio acelerado, conteste estas preguntas.

1. ¿Cuánto dinero tienen los miembros de su hogar en efectivo o en una cuenta bancaria? \$ \_\_\_\_\_
2. ¿Qué cantidad de ingresos totales recibió o espera recibir este mes, incluyendo dinero en efectivo? \$ \_\_\_\_\_
3. ¿A cuánto asciende su alquiler o pago de hipoteca mensual? \$ \_\_\_\_\_ Servicios con excepción del teléfono \$ \_\_\_\_\_
4. ¿Usted o alguien de su hogar recibió o espera recibir beneficios de Asistencia Alimenticia este mes? Sí  No   
Si contesto que sí, de dónde \_\_\_\_\_.

**REPRESENTANTE AUTORIZADO**

¿Quiere darle a alguien más permiso para solicitar o recibir beneficios de asistencia alimenticia por usted? Sí  No

Persona responsable de hacer la solicitud por usted. Persona responsable de obtener una tarjeta EBT para comprar sus alimentos.

Nombre \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Número telefónico \_\_\_\_\_ Número telefónico \_\_\_\_\_

1. Mencione a todas las personas para las que solicita Asistencia Alimenticia. **DEBE** incluir a su cónyuge, si vive con usted.

Número de Seguro Social	Nombre	Inicial	Apellido	F. de Nac.	Edad	Sexo/ MF	Raza	Origen étnico	Ciudadano de EE.UU.	Parentesco con usted
								Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<b>Usted mismo</b>
								Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
								Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
								Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

\*Esta información es voluntaria. Marque todas las razas aplicables solamente si la persona está solicitando beneficios. Sus beneficios no serán afectados si no contesta las preguntas sobre grupo étnico o raza (si usted no contesta la agencia elegirá por usted). Al proporcionarnos esta información ayudará a garantizar que los beneficios de los programas se distribuyan sin importar la raza, el color ni la nacionalidad.

\*\*Proporcionar un NSS para cada miembro de la familia es voluntario. Sin embargo, el no proporcionar un NSS para cada miembro de la familia ocasionará la descalificación de ese miembro.

\*\*\*Proporcionar información de ciudadanía o situación migratoria es voluntario. El no proporcionar esta información para cada miembro de la familia ocasionará la descalificación de ese miembro.

**AÑADA UNA HOJA SEPARADA SI NECESITA MÁS ESPACIO PARA MIEMBROS DE SU HOGAR.**

2. Mencione a todas las personas que viven en su hogar para las que **no** compra ni prepara alimentos.

Nombre	Parentesco con usted	F. de Nac.	¿Esta persona paga alguna porción de los gastos del hogar? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			¿Esta persona le entrega algún dinero? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			¿Esta persona paga alguna porción de los gastos del hogar? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			¿Esta persona le entrega algún dinero? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			¿Esta persona paga alguna porción de los gastos del hogar? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			¿Esta persona le entrega algún dinero? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

**AÑADA UNA HOJA SEPARADA SI NECESITA MÁS ESPACIO PARA PERSONAS QUE NO SON MIEMBROS DE SU HOGAR.**

3. ¿Usted o algún miembro de su hogar de Asistencia Alimenticia se encuentra fugitivo por un delito grave o en violación de su libertad condicional o bajo palabra? Sí  No
4. ¿Usted o alguien de su hogar de Asistencia Alimenticia ha sido condenado por un delito grave que involucre drogas y que ocurrió después del 22 de agosto de 1996? Sí  No
5. ¿Usted o algún miembro de su hogar han sido condenados durante su edad adulta de abuso sexual agravado, asesinato, explotación sexual y algún otro tipo de abuso infantil, delito federal o estatal que involucre agresión sexual, o algún delito en virtud de la ley estatal según lo determinado por la Fiscalía General sustancialmente similar a cualquiera de tales delitos, después del 7 de febrero de 2014? Sí  No   
Si la respuesta es sí, ¿el miembro de su hogar condenado está cumpliendo con los términos de la sentencia? Sí  No
6. ¿Usted o alguien de su hogar ha recibido ganancias de la lotería o apuestas por \$4,250 o más este mes? Sí  No
7. Díganos **TODAS** los ingresos que recibe su hogar de Asistencia Alimenticia. Los tipos de ingresos pueden incluir Seguro Social, SSI, pensiones o jubilación, beneficios para veteranos, manutención de menores, dinero de amigos o familiares, desempleo, jubilación de ferrocarriles, dividendos, intereses y cualquier otro ingreso. \* **Monto antes de deducciones.**

Tipo de ingreso	¿Quién lo recibe?	*Monto mensual bruto

8. ¿Usted o algún miembro de su hogar de Asistencia Alimenticia trabaja? Sí  No   
Si contestó que sí, escriba el nombre de la persona en este renglón. \_\_\_\_\_
9. Háblenos de sus gastos de alojamiento.

Tipo de gasto	¿Quién paga este gasto?	Monto pagado	¿Con qué frecuencia?
Pago de hipoteca o alquiler			
Alquiler de terreno para casa móvil			
Impuestos de propiedad de su vivienda **			
Seguro de vivienda **			

\*\* Incluir sólo si se pagan por separado de la hipoteca

10. Háblenos de sus gastos de servicios básicos.

Tipo de gasto	¿Quién paga este gasto?	Monto pagado	¿Con qué frecuencia?
Electricidad			
Gas			
Agua			
Basura			
Teléfono			

11. ¿Cómo calienta su vivienda? Gas  Electricidad  Leña  Otro \_\_\_\_\_  
¿Tiene aire acondicionado? Sí  No
12. ¿Ha recibido o espera recibir ayuda del Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)?  
Sí  No  Si contestó que sí, ¿cuándo? \_\_\_\_\_
13. ¿Algún miembro de su hogar de Asistencia Alimenticia paga gastos médicos de su bolsillo? Sí  No   
Si contestó que sí, mencione cada tipo de gasto médico que paga e incluya comprobantes. Por ejemplo, (recetas, consultas médicas, facturas de hospital, seguro de salud, primas de Medicare, transporte, etc.)

SI NO INCLUYE COMPROBANTES, NO SE OTORGARÁ UNA DEDUCCIÓN POR ESTOS GASTOS

Gasto médico	Monto mensual	Gasto médico	Monto mensual

14. ¿Algún miembro de su hogar de Asistencia Alimenticia paga manutención de menores por orden judicial a o para alguien que no vive en su hogar? Sí  No  Si contestó que sí, monto que paga al mes \$ \_\_\_\_\_ e incluya comprobantes para recibir la deducción correspondiente. Por ejemplo, (copia de la orden judicial o una carta del DHR).

Certifico, bajo pena de perjurio, que la información que yo o mi representante autorizado hemos proporcionado en este documento es veraz hasta donde tengo conocimiento. Otorgo mi permiso para que el Departamento de Recursos Humanos haga todos los contactos necesarios para verificar mis afirmaciones. Sé que podría ser sancionado si proporciono información falsa u oculto información intencionalmente. Certifico que recibí el folleto de Derechos y Responsabilidades.

15. Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Firma del testigo, si se firmo con una "x": \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE ASISTENCIA ALIMENTARIA

Usted tiene derecho a que su solicitud se tramite en un plazo de treinta días, independientemente de su raza, sexo, religión, origen nacional, edad, discapacidad o creencia política. Tiene derecho a saber por qué se niega su solicitud o por qué se reducen o terminan sus beneficios. Tiene el derecho de solicitar una conferencia o una audiencia justa ya sea oralmente o por escrito si no está satisfecho con alguna decisión del departamento del condado. Tiene derecho a ser representado por cualquier persona que usted elija. Tiene derecho a examinar el expediente de su caso de ayuda alimentaria en relación con cualquier audiencia que pueda tener.

Tiene derecho a la **confidencialidad**. El uso o divulgación de información se hará solo para ciertos propósitos limitados, permitidos por las leyes y regulaciones estatales y federales. La información también puede ser revelada a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley con el fin de detener a las personas que huyen para evadir la ley.

La información proporcionada en relación con esta solicitud estará sujeta a verificación por parte de funcionarios federales, estatales y locales para determinar si dicha información es verdadera. Si se descubre que la información es falsa o incorrecta, los beneficios de asistencia alimentaria pueden ser negados al solicitante y este puede estar sujeto a un **proceso penal por proporcionar información incorrecta a sabiendas**. Cualquier persona autorizada para actuar en nombre del núcleo familiar puede ser excluida de la participación como representante hasta por un año o puede estar sujeta a multas o procesamiento si infringe cualquier regla a propósito.

Si surge un reclamo de asistencia alimentaria contra su familia, la información en esta solicitud, incluyendo todos los números de seguro social, puede ser referida a agencias federales y estatales, así como a agencias privadas de cobranza, para proceder a la acción de recolección de la deuda.

**NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL:** La recopilación de un Número de Seguro Social (Social Security Number, SSN) para cada miembro del hogar está autorizada conforme a la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008, según enmendada, 7 U.S.C. 2011-2036, para determinar la elegibilidad para asistencia alimentaria. El Número de Seguro Social se usará en la administración del Programa de Asistencia Alimentaria para verificar la identidad de los miembros de la familia para evitar la duplicación de la participación y para facilitar la realización de cambios. Su SSN también se usará para hacer comparaciones por computadora y revisiones del programa o auditorías para asegurarse de que su hogar es elegible para recibir asistencia alimentaria. Esto puede resultar en reclamos criminales o civiles administrativos contra personas que participan fraudulentamente en el Programa de Asistencia Alimentaria. **Proporcionar un SSN para cada miembro de la familia es voluntario. Sin embargo, el no proporcionar un SSN para cada miembro de la familia resultará en la descalificación de ese miembro. Usted todavía tendrá que dar información, como los ingresos, de este miembro.**

**VERIFICACIÓN:** Para determinar la elegibilidad, es posible que tenga que proporcionar documentos para probar lo que ha declarado en la solicitud. Si no puede proporcionar pruebas, **puede solicitar ayuda a su trabajador**. La información dada en esta solicitud será verificada usando el Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad del Estado, otros sistemas de comparación por computadora, revisiones de programas y auditorías. Esto incluye información como el recibo de beneficios del Seguro Social, beneficios de desempleo, ingresos no devengados, como intereses y dividendos; y salarios de empleo. Cuando se encuentran discrepancias, la verificación de esta información puede obtenerse a través del contacto con terceros, como empleadores, representantes de reclamaciones o instituciones financieras. Esta información puede afectar su elegibilidad y nivel de beneficios. Además, cualquier información dada también puede ser verificada por otros Programas de Ayuda Federal y Programas Estatales Apoyados Federalmente tales como almuerzos escolares, Asistencia Familiar y Medicaid. **Si usted da información falsa a propósito, se pueden tomar acciones legales o administrativas en su contra. Es posible que tenga que pagar los beneficios de asistencia alimentaria que recibe a los cuales no tiene derecho.**

A algunos miembros de la familia ancianos o discapacitados se les permiten ciertos gastos médicos como una deducción si estos gastos son reportados y se nos proporciona una prueba del gasto. Los gastos médicos permitidos incluyen gastos como los siguientes: medicamentos recetados, facturas de hospitales y de asilos, visitas al médico, dentista u otras visitas a profesionales de la salud, medicamentos de venta libre recetados por un médico, prima de Medicare, prima de seguro de hospital, seguro para la cobertura de medicamentos recetados, gastos de transporte para viajar a médicos, hospitales, farmacias, tales como la cantidad cobrada por el transporte o por el número de millas recorridas en su vehículo personal, aparatos o equipos médicos tales como audífonos, sillas de ruedas, extremidades artificiales, anteojos, lentes de contacto, prótesis dentales, etc., servicios de asistentes de cuidado o de ama de casa, gastos de animales de servicio tales como comida para animales y atención veterinaria.

**CIUDADANÍA Y SITUACIÓN MIGRATORIA:** La información de ciudadanía/migratoria se utiliza para determinar la elegibilidad para recibir asistencia alimentaria. Solo los ciudadanos estadounidenses y los inmigrantes elegibles pueden participar en el Programa de Asistencia Alimentaria. Cualquier miembro de la familia que no sea ciudadano o residente permanente puede ser excluido de la asistencia alimentaria. **Proporcionar información de ciudadanía/migratoria es voluntario. El no proporcionar esta información para cada miembro de la familia resultará en la descalificación de ese miembro. Usted todavía tendrá que dar información, como los ingresos, de este miembro.** La División de Asistencia Alimenticia verificará con el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (U. S. Citizenship and Immigration Service, USCIS) todos los no ciudadanos que usted está solicitando para obtener beneficios de asistencia alimenticia. No revisaremos a los no ciudadanos que usted elija no incluir en su núcleo familiar de asistencia alimentaria.

Usted no será elegible para los beneficios si se niega a cooperar para completar el proceso de solicitud o en revisiones subsiguientes de elegibilidad, incluyendo revisiones que resulten de cambios reportados, recertificación o como parte de una Revisión de Control de Calidad Estatal o Federal.

Su firma en la solicitud servirá como autorización para que los Revisores de Control de Calidad Estatales y Federales verifiquen las circunstancias de su hogar para fines de elegibilidad de asistencia alimentaria.

Usted o cualquier miembro de su núcleo familiar puede ser descalificado para recibir beneficios si usted o el miembro renuncia voluntariamente a un trabajo o reduce el número de horas trabajadas sin causa justificada.

Su familia no recibirá un aumento en los beneficios de asistencia alimentaria si alguien en la familia no cumple con los requisitos de otro programa basado en los ingresos (comprobado en cuanto a los recursos), como el de Asistencia Familiar.

Usted no debe usar los beneficios de asistencia alimentaria para comprar artículos no elegibles, como bebidas alcohólicas o tabaco, ni para pagar en cuentas de crédito.

# State of Alabama Agency-Based Voter Registration Form

NVRA-1B-H  
2019.06.27

**FOR USE BY U.S. CITIZENS ONLY** ♦ **FILL IN ALL BOXES ON THIS FORM** ♦ **PLEASE USE INK** ♦ **PRINT LEGIBLY**

To register to vote in the State of Alabama, you must:

- ▶ Be a citizen of the United States.
- ▶ Live in Alabama.
- ▶ Be at least 18 years of age on or before election day.
- ▶ Not have been convicted of a disqualifying felony, or if you have been convicted, you must have had your civil rights restored.
- ▶ Not have been declared "mentally incompetent" by a court.

### FOR USE BY AGENCY OFFICIAL ONLY

Check one (1) box:

- Registrars
- Motor Voter
- State Designated Agency
- Agency-Based
- Disabilities Services Office

\_\_\_\_\_  
Signature of Agency Representative

\_\_\_\_\_  
Business Phone of Agency Representative

**ID requested:** You may send with this application a copy of valid photo identification. You will be required to present valid photo identification when you vote at your polling place or by absentee ballot, unless exempted by law. For more information, go to [www.AlabamaVoterID.com](http://www.AlabamaVoterID.com) or call the Elections Division: 800-274-8683.

<b>1 Are you a citizen of the United States of America?</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<b>ATTENTION! If you answer "No" to either of these questions, do not complete this application.</b>
<b>2 Will you be 18 years of age on or before election day?</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

<b>3 Print Your Name:</b>	<b>Alabama Driver's License or Non-Driver ID Number:</b>						
First _____ Middle _____ Last _____ Suffix _____	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">STATE</td> <td></td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">NUMBER</td> </tr> </table>				STATE		NUMBER
STATE		NUMBER					

<b>4 Print Maiden Name / Former Name (if reporting a change of name)</b>	<b>IF YOU HAVE NO ALABAMA DRIVER'S LICENSE OR ALABAMA NON-DRIVER ID NUMBER</b>								
First _____ Middle _____ Last _____ Suffix _____	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center; font-size: 8px;">Last four digits of Social Security number:</td> </tr> </table>					Last four digits of Social Security number:			
Last four digits of Social Security number:									

<b>5 Date of Birth (mm/dd/yyyy)</b>	<b>6 Primary Telephone</b>	<b>7 Email Address</b>
_____	( ) _____	_____

<b>Addresses</b>	<b>Current</b>	<b>8 Address where you live: (Do not use post office box)</b>	Home Address (include apartment or other unit number if applicable)	City	State	ZIP
	<b>Address where you receive your mail:</b>	Mailing Address, if different from Home Address	City	State	ZIP	
	<b>Old</b>	<b>Address where you were last registered to vote: (Do not use post office box)</b>	Former Address	City	County	State

<b>9 Sex (check one)</b>	<b>11 Place of Birth</b>
<input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male	City _____ County _____ State _____ Country _____

<b>10 Race (check one)</b>	<b>12 Map / Diagram</b>	<b>13 Did you receive assistance?</b>
<input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> American Indian <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Other	If your home has no street number or name, please draw a map of where your house is located. Please include roads and landmarks.	If you are unable to sign your name, who helped you fill out this application? Give name, address, and phone number (phone number is optional).

**REGISTRARS USE ONLY**

DATE  APPROVED  DENIED

\_\_\_\_\_  
(mm/dd/yyyy)

County Pct \_\_\_\_\_

City Pct \_\_\_\_\_

Board member \_\_\_\_\_

Board member \_\_\_\_\_

Board member \_\_\_\_\_

**Voter Declaration - Read and Sign Under Penalty of Perjury**

<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ I am a U.S. citizen</li> <li>▶ I live in the State of Alabama</li> <li>▶ I will be at least 18 years of age on or before election day</li> <li>▶ I am not barred from voting by reason of a disqualifying felony conviction (The list of disqualifying felonies is available on the Secretary of State's web site at: <a href="http://sos.alabama.gov/mtfelonies">sos.alabama.gov/mtfelonies</a>)</li> <li>▶ I have not been judged "mentally incompetent" in a court of law</li> </ul>	<p>I solemnly swear or affirm to support and defend the constitution of the United States and the State of Alabama and further disavow any belief or affiliation with any group which advocates the overthrow of the governments of the United States or the State of Alabama by unlawful means and that the information contained herein is true, so help me God.</p>
--	--

**YOUR SIGNATURE** \_\_\_\_\_ **DATE** (mm/dd/yyyy) \_\_\_\_\_

If you falsely sign this statement, you can be convicted and imprisoned for up to five years.

The decision to register to vote is yours. If you decide to register to vote, the office at which you are submitting this application will remain confidential and will be used only for voter registration purposes. If you decline to register to vote, your decision will remain confidential and will be used only for voter registration purposes.

## Declaración de No Discriminación del USDA

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: [http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish\\_Form\\_508\\_Compliant\\_6\\_8\\_12\\_0.pdf](http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf), y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

---

## RETISTRO DE VOTANTES

SI NO ESTÁ REGISTRADO PARA VOTAR EN DONDE VIVE AHORA, ¿LE GUSTARÍA SOLICITAR SU REGISTRO PARA VOTAR AQUÍ Y AHORA?

- Sí, me gustaria registrarme para votar.**
- Sí estoy registrado pero me gustaría cambiar mi domicilio para votar.**
- No, no quiero solicitar mi registro para votar.**

**Si no marca ninguna casilla, se considerará que ha decidido no registrarse para votar por ahora.**

Solicitar o no solicitar su registro para votar no tendrá ningún efecto en el monto de la asistencia que esta agencia le proporcionará.

Si desea ayuda para llenar el formulario de registro para votar, le ayudaremos. Puede solicitar ayuda para llenar el formulario de solicitud en el momento de su entrevista, o bien llamar al Departamento de Recursos Humanos de su localidad, que está ubicado en su condado. La decisión de solicitar o aceptar ayuda es exclusivamente de usted. Puede llenar el formulario de solicitud en privado.

Ya sea que decida solicitar su registro para votar, o que se niegue a hacerlo, la información en su formulario de solicitud o declinación se mantendrá confidencial y sólo se usará para efectos del registro para votar.

Si cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse para votar o a negarse a hacerlo, con su derecho a la privacidad para decidir si desea registrarse o para solicitar su registro para votar, o con derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar un queja a la Secretaría de Estado en el Capitolio Estatal, 600 Dexter Avenue Suite E-208, Montgomery, AL 36130 or llamando al 334-242-7210 o al 1-800-274-VOTE (1-800-274-8683).